

## 特集：徳島の緩和ケア

# 徳島大学病院における緩和ケア

黒葛原 健太郎<sup>1)</sup>, 寺 嶋 吉 保<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 徳島大学病院地域医療連携センター, <sup>2)</sup> 徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス部統合医療教育開発センター

(平成17年5月30日受付)

(平成17年6月6日受理)

## はじめに

世界保健機関( WHO )は緩和ケアを, 「治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり, 痛み, その他の症状のコントロール, 心理面, 社会面, 精神面のケアを最優先課題とする」と定義している。また, 「緩和ケアは, 疾患の早い病期においても, 治療の過程においても適用されるべきものである」としており, 近年は, がんと診断された当初から治療と並行して緩和ケアを提供し, 終末期になるに従い治療よりも緩和ケアの比重を高くするという考えが浸透してきた。

当院では, 緩和ケアセンター(平成17年3月に緩和ケア室より名称変更)が設置されており, 悪性腫瘍等の患者を対象に疼痛に対する身体的ケア, 患者と家族の心理・社会的問題に対するケアを提供してきた。

本稿では, 当院緩和ケアセンターの概要及び緩和ケアチームの活動を紹介すると共に, 緩和ケアチームの在り方について検討したので報告する。

## 1. 緩和ケアセンターの概要

当院緩和ケアセンターは, 平成9年に院内措置で設置された。

現在は, センター長(麻酔科教授)のもと, 副センター長(統合医療教育開発センター助教授)を中心に活動を展開している。センターの室員は, 医師, 看護相談員(看護部より派遣された看護師), 薬剤師, 医療ソーシャルワーカー( MSW ), 臨床心理士である(表1)。また, 学生や社会人が病院ボランティアとして書籍の貸し出しや小児の学習指導等の活動をしている。

緩和ケアセンターの業務は, 医師・看護相談員による, がん性疼痛など身体的症状に関する紹介・相談への対応(チーム回診を含む), 医療ソーシャルワーカー・臨床心理士による患者や家族の心理・社会的問題に関す

表1 緩和ケアセンターの室員と役割

室 員	役 割
医 師	症状コントロールのためのコンサルテーション (消化器外科・麻酔科・口腔外科・放射線科・精神科)
看護相談員	症状アセスメント, 基本情報の収集
薬 剤 師	オピオイド製剤に関する状況提供
M S W	患者・家族の社会的問題の解決, 福祉制度に関する情報提供
臨床心理士	患者・家族の心理的問題に対するカウンセリング

る紹介・相談への対応, 当院における緩和ケアの充実に向けた講習会の開催である。

## 2. 緩和ケアチームの活動

緩和ケアセンターでは, 平成17年4月より毎週水曜日午後2時~4時に「緩和ケアチーム回診」を実施している。昨年度までは, 看護相談員が毎週水曜日に病棟を訪問し, 患者の疼痛アセスメントや主治医・担当看護師の相談に対応してきたが, 今年度からは, 緩和ケア診療加算の算定を視野に置き, 医師, 看護師, MSW によるコンサルテーション型の緩和ケアチーム( palliative care team: PCT )として活動を展開している。

緩和ケアチーム回診では, 内科・外科系の病棟を中心に, 疼痛緩和などの症状コントロールを目的として緩和ケアセンターに紹介された症例, 神経因性疼痛など疼痛緩和が困難で対応に苦慮していると病棟スタッフから報告された症例, を対象に主治医・担当看護師と連携して症状緩和に向けた援助を提供している。

具体的には, 主治医・担当看護師から患者に関する情報の提供を受け, 現在の問題点を明確化した上で症状アセスメントを実施している。症状アセスメントは, 可能であれば直接緩和ケアチームが病室へ出向き, 患者から現在の状態を聞き取りながら, 患者と共に症状緩和に向

けた治療方法を検討し、緩和ケア実施計画書（資料1-1, 1-2）を作成している。緩和ケアチームによる症状アセスメントの結果や症状緩和に向けた治療方針は、主治医・担当看護師に伝えられ、実際の処方や看護は病棟スタッフが実施している。そのほか、疼痛緩和治療のため神経ブロックや照射が必要な症例は麻酔科や放射線科に紹介を斡旋している。回診終了後は毎回、緩和ケアチームのカンファレンスを通して今後の援助方針を確認すると共に、以後の経過については、痛みの経過アセスメントシート（資料2）等を用いて看護相談員や医療ソーシャルワーカーによる情報収集、翌週のチーム回診での症状評価を通して、症状コントロールが実現するまで継続的な支援を行っている。

緩和ケアチームによるコンサルテーションの中心は、疼痛などの症状コントロールである。近年、緩和ケア領域の薬剤の進歩は著しく、疼痛緩和に使用できる薬剤は拡大すると共に使用法は複雑化しており、オピオイドに対する副作用対策、突発痛に対するレスキュードーズの処方、オピオイドが効きにくい神経因性疼痛への鎮痛補助薬の処方など、緩和ケアに関する専門性の高い知識と経験に裏打ちされた情報の提供が、緩和ケアチームの重要な仕事でもある<sup>1)</sup>。

緩和ケアにおいては、身体症状の緩和以外にも、心理・社会的問題の解決に向けた支援を欠かすことができない。当院では、これらの問題の解決に向けた支援を緩和ケアチームの医療ソーシャルワーカーや臨床心理士が対応している。

医療ソーシャルワーカーは、患者の経済的問題（医療費の負担等）や社会的問題（入院中の教育・仕事に関する問題等）の解決、福祉制度の活用（身体障害者福祉制度、在宅療養に向けた介護保険の活用等）のために、患者や家族のニーズに沿った支援を提供している。退院調整については、当院地域医療連携センターの看護相談員と連携しながら地域の医療機関への転院や在宅療養のための支援を行っている。

臨床心理士は、患者の治療や病状の進行に対する不安、患者に付き添う家族の心理的負担に対して、カウンセリングを通して心理的ケアを提供している。

従来の主治医・担当看護師だけでなく、このような緩和ケアチームと連携した集学的な症状緩和治療の提供は、患者のQOLを向上させるだけでなく、化学療法・放射線治療等の治療や地域の医療機関への転院や在宅療養に向けた退院調整を円滑に進める上で有用である。

### 3. 緩和ケア診療加算の算定

平成14年4月より、緩和ケア診療加算が導入され、緩和ケアチームの活動に対して保険点数の算定ができるようになった。この診療加算では、一般病床に入院する悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状または不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対し、専従の緩和ケアチームが当該患者の同意と緩和ケア診療実施計画書に基づいて身体と精神の症状緩和を提供した場合に入院基本料に加算（1日につき250点）が認められている。診療加算導入により、ボランティア的に活動を展開してきた緩和ケアチームの位置付けも明確となった<sup>2)</sup>。

しかし、緩和ケア診療加算を算定するためには、施設及びチームに要件（表2, 表3）が設定されており、すべての医療機関が容易に算定できるものではない。特に、医療機能評価の受審や認定看護師の確保に関しては、加算導入を困難にする大きな課題となっている。

当院においても、この2点が加算導入を検討する上で問題となったが、幸いなことに、平成16年3月に当院がISOを取得し、平成16年度には緩和ケアセンターの看護相談員ががん性疼痛看護認定看護師研修に派遣されたことにより、この2条件をクリアすることが可能となった。

今後は、緩和ケアの診療のみに従事する専従医師の確保に向けて、緩和ケアセンターへの人員配置を検討する必要がある。しかし、「入院患者の緩和ケアの診療のみに従事する専従医師」の確保も現実問題として大きな課題である。緩和ケア診療加算の医師要件については、各都道府県において対応に若干の差があるが、原則として入院患者の緩和ケア診療業務に専従することを求めている。

そのため、例えば、国立がんセンターにおいては、緩和ケア外来を開設し入院患者以外にも外来患者の診察を行っているため、緩和ケア診療加算が算定されていない。このように加算の算定要件が現状にそぐわない面があるため、積極的に緩和ケアチームが活動を展開していても加算が算定できない医療機関は多い<sup>3)</sup>。

緩和ケア診療加算の要件が改定されない限り、急性期病院における緩和ケアへの取り組みが発展することは難しい。緩和ケアの質を確保しつつも、医師や看護師に関する要件が改訂されることが望まれる。



担当医①	②	③
PHS①	②	③
・受持看護師：	内線：	・看護師長：
		PHS：
病歴		
現在の治療内容		
〈内服薬〉		
〈注射〉		
主科の治療方針		
患者背景		
キーパーソン		
備考		

## 痛みの経過アセスメントシート

NO.

評価日	月 日	月 日	月 日
部位	① ②	① ②	① ②
痛みの程度：スケール (使用者のみ)	① ②	① ②	① ②
持続性	①持続性・間欠性・発作性 ②持続性・間欠性・発作性	①持続性・間欠性・発作性 ②持続性・間欠性・発作性	①持続性・間欠性・発作性 ②持続性・間欠性・発作性
性質 痛みの状況			
日常生活への影響	食事 排泄 睡眠 移動 清潔 その他 ( )	食事 排泄 睡眠 移動 清潔 その他 ( )	食事 排泄 睡眠 移動 清潔 その他 ( )
増強因子	移動 食事 排泄 その他 ( )	移動 食事 排泄 その他 ( )	移動 食事 排泄 その他 ( )
軽減因子	安静 マッサージ 温罨法 家族 音楽 その他 ( )	安静 マッサージ 温罨法 家族 音楽 その他 ( )	安静 マッサージ 温罨法 家族 音楽 その他 ( )
使用製剤	鎮痛剤 (1日量)	オキシコンチン mg MS コンチン mg カディアン mg デュロテップパッチ mg アンペック座薬 mg  NSAIDs ( ) 注射薬・補助薬 ( )	オキシコンチン mg MS コンチン mg カディアン mg デュロテップパッチ mg アンペック座薬 mg  NSAIDs ( ) 注射薬・補助薬 ( )
	レスキュー	オプソ mg× 回/日 アンペック座薬 mg× 回/日 その他 ( )	オプソ mg× 回/日 アンペック座薬 mg× 回/日 その他 ( )
	副作用	便秘 嘔気 嘔吐 眠気 その他 ( )	便秘 嘔気 嘔吐 眠気 その他 ( )
特記事項			
サイン			

表2 緩和ケアチームの要件

	担当領域	要 件
医師 A	身体症状の緩和	悪性腫瘍患者または後天性免疫不全症候群患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者
医師 B	精神症状の緩和	3年以上がん専門病院または一般病院での精神医療に従事した経験を有する者
看護師		5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟などにおける研修を終了している者

- ・医師 A または医師 B のいずれかは専従であること（一方は専任でよい）
- ・看護師は専従であること（がん看護専門看護師またはホスピスケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師の認定を受けていることとされる）

専従：緩和ケアの診療のみに従事している

専任：緩和ケアと緩和ケア以外の診療にも従事している

表3 施設の要件

1. 緩和ケアチームの存在 2. 医療機能評価 3. カンファレンスの開催（週1回程度） 4. 緩和ケアチームの組織上の明確な位置づけ 5. 緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示など  財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価または ISO の受審
---

おわりに

当院緩和ケアセンターでは、今後、緩和ケア診療加算の算定だけでなく、緩和ケアを必要とする患者のニーズに応えたサービスを提供できる体制を構築することが必要である。

患者や家族の置かれた状況はさまざまであり、身体的疼痛は緩和されても、心理的・社会的問題の解決が困難なケースは今後増加することが予測される。緩和ケア診

療加算では、チームの人員として医師・看護師の配置を求めているが、今後は患者や家族の心理的・社会的問題に対応する MSW や臨床心理技術者などのコ・メディカル配置についても検討すべきである。

また、在院日数短縮化の流れの中で、緩和ケアチームが提供するサービスは、集学的に患者の身体的・精神的苦痛を緩和すること、患者や家族の心理・社会的問題に対応しながら患者の希望に応じた治療方法や療養の場の選択について話し合うことを通して、円滑な転院や在宅療養への移行を実現することを可能とする。そのためには、カンファレンス等の場を通して緩和ケアチームと主治医・担当看護師が治療方針や看護方針について情報交換しながら、「患者が自分らしく生きること」を支援する医療を提供するための役割分担を検討することが必要である。

徳島県内では、当院以外にも、徳島県立中央病院、徳島市民病院、徳島赤十字病院、阿南共栄病院において緩和ケアチームや緩和ケア委員会の活動が始まっている。今後、徳島県内における緩和ケアが充実し、患者の「自分らしく最後まで生きたい」という希望を実現できるケアが提供できる体制の確立に取り組まなければならない。

文 献

- 1) 高宮有介：一般病床における緩和ケアチームの活動と意義．現代医療，36( 6 ): 55-60 2004
- 2) 井上貴美：Y 大学医学部附属病院における緩和ケアチームの発足までの経緯と活動内容の紹介．山梨大学看護学会誌，3( 1 ): 55-62 2004
- 3) 西田茂史：わが国の緩和ケアチームの実態調査について．ホスピス緩和ケア白書，2005，pp43-50

## *Palliative care in Tokushima University Hospital*

*Kentaro Tsuzurahara<sup>1)</sup>, and Yoshiyasu Terashima<sup>2)</sup>*

*<sup>1)</sup>Regional Medical Liaison Center, Tokushima University Hospital, and <sup>2)</sup>Research Center for Integrated Education of Health Bioscience, Institute of Health Bioscience, The University of Tokushima Graduate School, Tokushima, Japan*

### SUMMARY

Palliative care center in Tokushima University Hospital was established in 1997. Center has provided the service for the control of cancer total pain.

Palliative care team started operations in April, 2005. The member of team is a doctor, and a nurse, a medical social worker, a clinical psychologist. The team is going rounds ward on the afternoon of Wednesday every week. The team is advising to the doctor for the control of cancer pain. After rounds, the conference has been held in the team.

The palliative care diagnosis and treatment addition was admitted in Japan in April, 2002. It seems that palliative care is enhanced more by introducing addition. However the requirement for addition is severe. Especially, there is a problem such as securing of the doctor and the nurse of the work.

The introduction of the palliative care diagnosis and treatment addition is examined in Tokushima University Hospital. The condition for the addition acquisition is satisfactory. Palliative care in Tokushima University Hospital will be expected to be enhanced in the future.

Key words : palliative care team, consultation liaison